

Dr. Alderson Luiz Pacheco

Cirurgião Plástico

Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

CRM:15.715

aldersonpacheco@hotmail.com

Sociedade Brasileira de
Cirurgia Plástica



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Por determinação explícita de minha vontade, eu , por este termo autorizo o **Dr. Alderson Luiz Pacheco** e todos os demais profissionais dos quais ele(a) se serve - e que estão vinculados à minha assistência -, a realizar o procedimento cirúrgico denominado..... , bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários dele decorrentes.

2. **O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso entendo que:**
 - a. Como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e/ou diminuir a cicatriz, de forma a torná-la o menos visível possível;
 - b. Poderá haver **inchaço** (edema) na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses.
 - c. Poderá haver **manchas** na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes.
 - d. Poderá haver **descoloração ou pigmentação** cutânea nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente estas alterações poderão ser permanentes.
 - e. Eventualmente, **líquidos**, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;
 - f. Poderá haver **perda de sensibilidade e/ou mobilidade** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo e que é variável de paciente a paciente;
 - g. Poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sangüínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, necrose da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos;

- h. Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente a paciente;
- i. Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retoques**, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado.
- j. **Portanto, de posse dessas informações:**

3. **Eu reconheço** que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, **outros procedimentos adicionais ou diferentes** daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológico(a) e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

4. **Eu entendo** que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir um resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que **não me podem ser dadas garantias de resultado**, tanto quanto ao percentual de melhora, como em aparência de idade ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.

5. **Eu concordo** em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, **fazendo a minha parte** no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar ou, ainda, ocasionar seqüelas temporárias ou permanentes.

6. **Eu compreendo** e aceito o fato de que o **tabagismo**, o uso de **drogas** e de **álcool**, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico-cirúrgicas.

7. **Eu autorizo** o registro (foto, som, imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.

8. **Eu aceito** o fato de que a utilização das próteses de mama, por mim solicitada, expõe a possibilidade de um futuro endurecimento, modificação da forma e dor local, ocorrências estas que podem ser uni ou bilaterais, sendo

devidas exclusivamente ao silicone e à reação particular do meu organismo àquela substância. Este fenômeno (retração capsular), me foi claramente explicado pelo meu médico, que enfatizou a minha necessidade de conhecer e aceitar este risco, antes de me submeter à cirurgia de colocação de prótese mamária.

8.1 Eu aceito este risco e o fato de que a ocorrência daquele fenômeno implicará na necessidade de nova(s) cirurgia(s) com troca de prótese. Esta(s) nova(s) cirurgia(s) poderá(ão) ou não resolver o problema, podendo em certos casos ser preciso efetuar a retirada total e definitiva das próteses, ficando, então, as mamas de tamanho menor e com forma diferente da anterior à colocação da prótese.

8.2 Estou ciente que estas cirurgias e próteses implicarão em custos adicionais para mim.

9. Estou ciente que: as prótese de mento (queixo) podem, em alguns casos, sofrer deslocamentos e/ou exposição através da mucosa da boca. Nestes casos, será necessário retirar a prótese, o que pode ser definitivo. Em outros casos, que são raros, as próteses com o decorrer dos anos, podem provocar erosão óssea na mandíbula, acompanhada de dor e eventual prejuízo para a dentição local.

10. Estou ciente que pode ocorrer limitação das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado.

Tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, razão pela qual **autorizo** o(a) profissional acima designado(a) a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s).

Curitiba, de de

_____ RG: _____
Assinatura do(a) paciente

Testemunhas:

1. _____ RG: _____

2. _____ RG: _____

CLÍNICA MILLENNIUM
Av.Candido Xavier, 232
Batel Curitiba-PR

Fone: 3022 - 4646
Fone: 3018 - 4421
Cel: 9191 - 3434